

Рис. 7. Срединно-нижняя лапаротомия. Опухоль поражает культю прямой кишки, верхнюю треть влагалища, заднюю стенку мочевого пузыря (обведено). Мочеточники взяты на держалки (черные стрелки). Общая подвздошная артерия и вена (белая стрелка) мобилизованы от опухоли

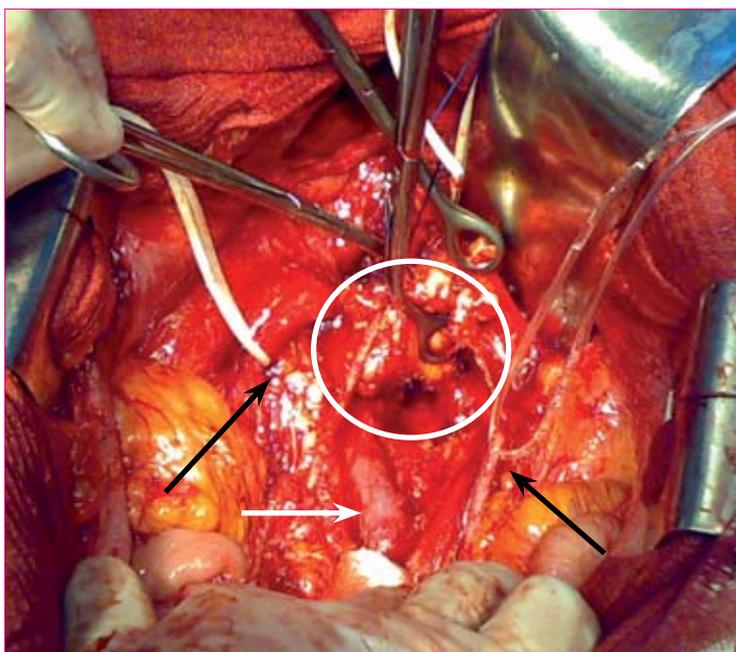


Рис. 8. Этап операции. Мобилизована опухоль прямой кишки и вывихнута в рану (обведено), визуализируется просвет влагалища (стрелка), производится резекция прямой кишки (наложен зажим на прямую кишку для наложения кисетного шва)

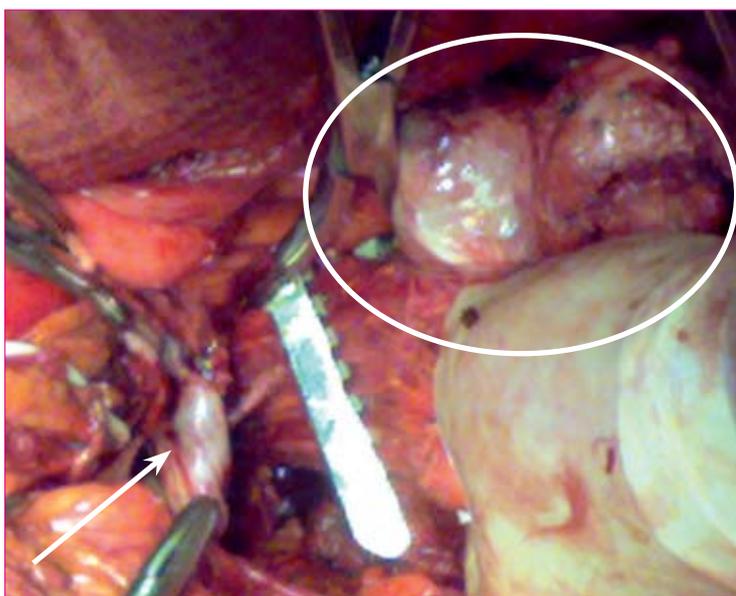
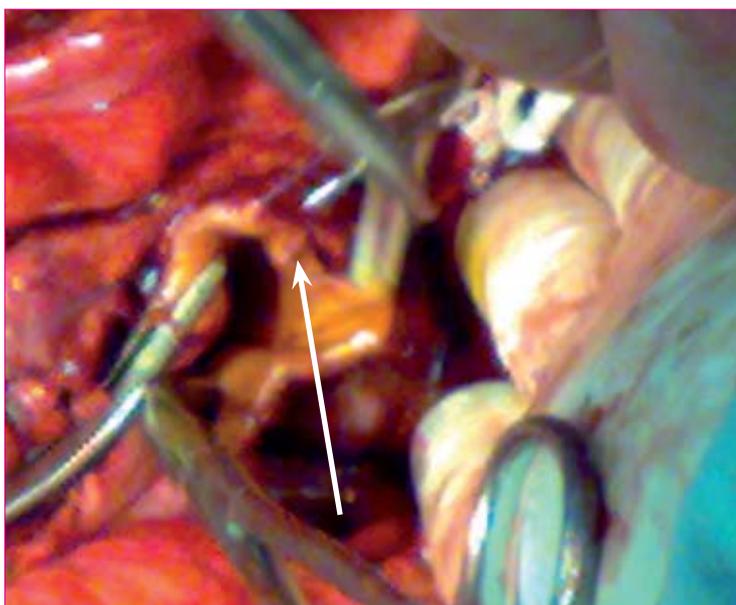


Рис. 9. Этап операции. Ушивание культи влагалища непрерывным обвивным швом Викрил 2-0 (стрелка)



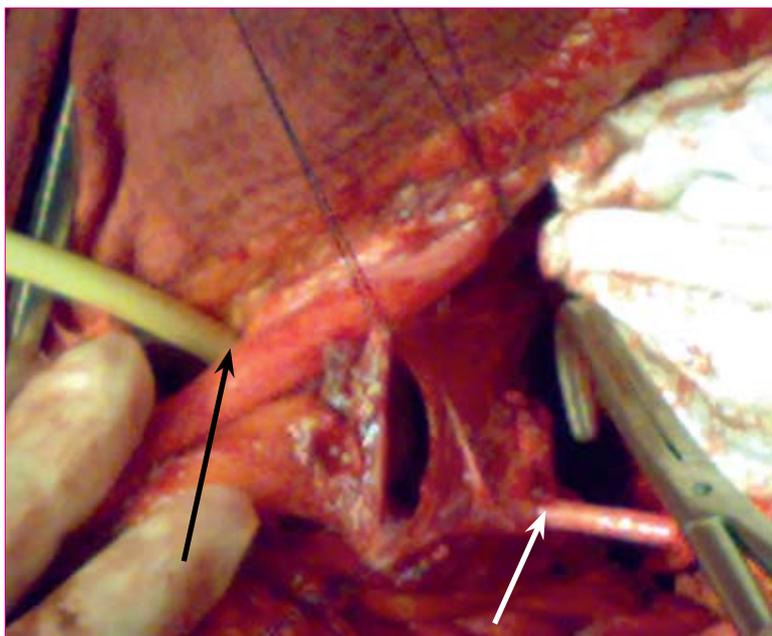


Рис. 10. Этап операции. После наложения эпицистостомы (черная стрелка) и уретеро-цистонеостомии (белая стрелка) производится ушивание дефекта задней стенки мочевого пузыря, удаленной вместе с опухолью одним блоком

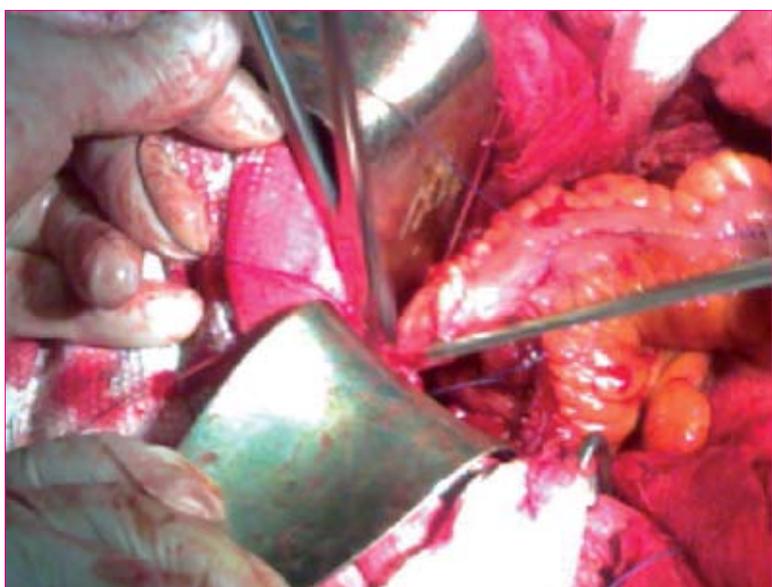


Рис. 11. Этап операции: анастомоз между сформированным тонкокишечным лоскутом на брыжеечной ножке и оставшейся частью мочевого пузыря

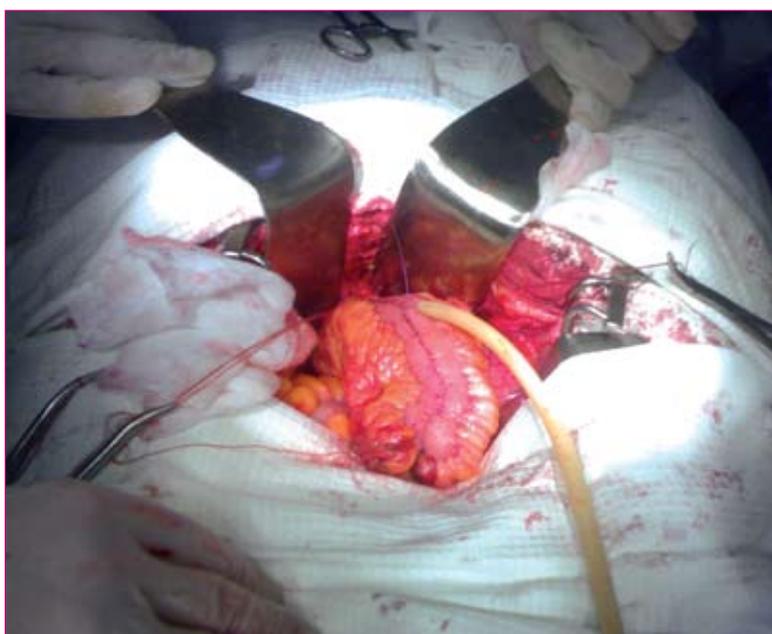


Рис. 12. Заключительный этап операции: проверка герметичности швов наложенного анастомоза с резервуаром и оставшейся частью мочевого пузыря

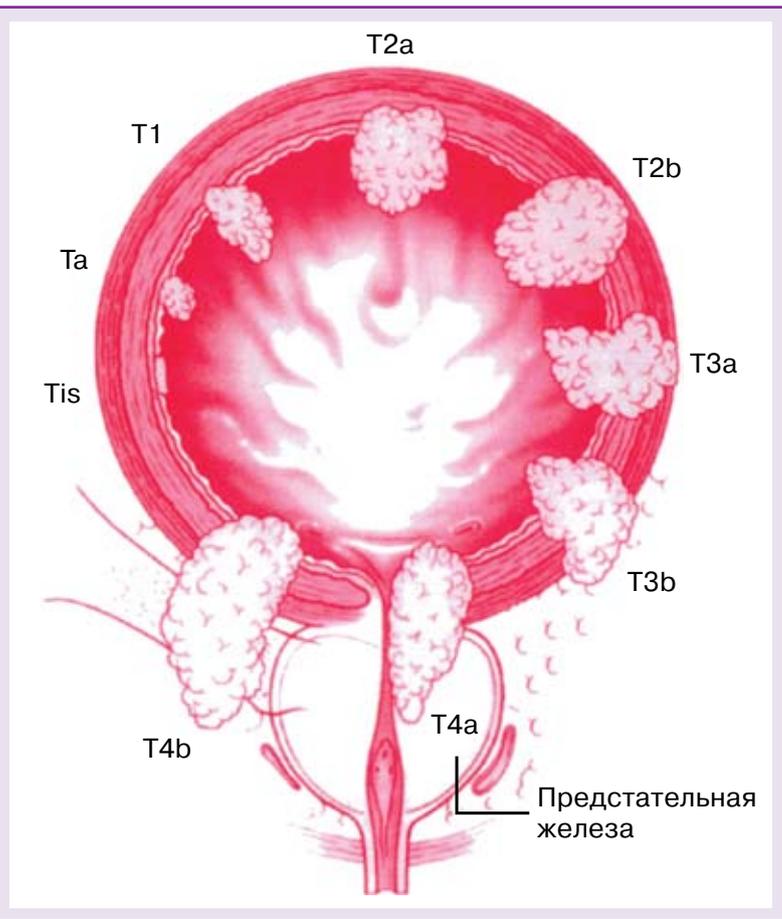


Рис. 2. Схематическое изображение поражаемости опухолью слоев стенки мочевого пузыря применительно к современной классификации

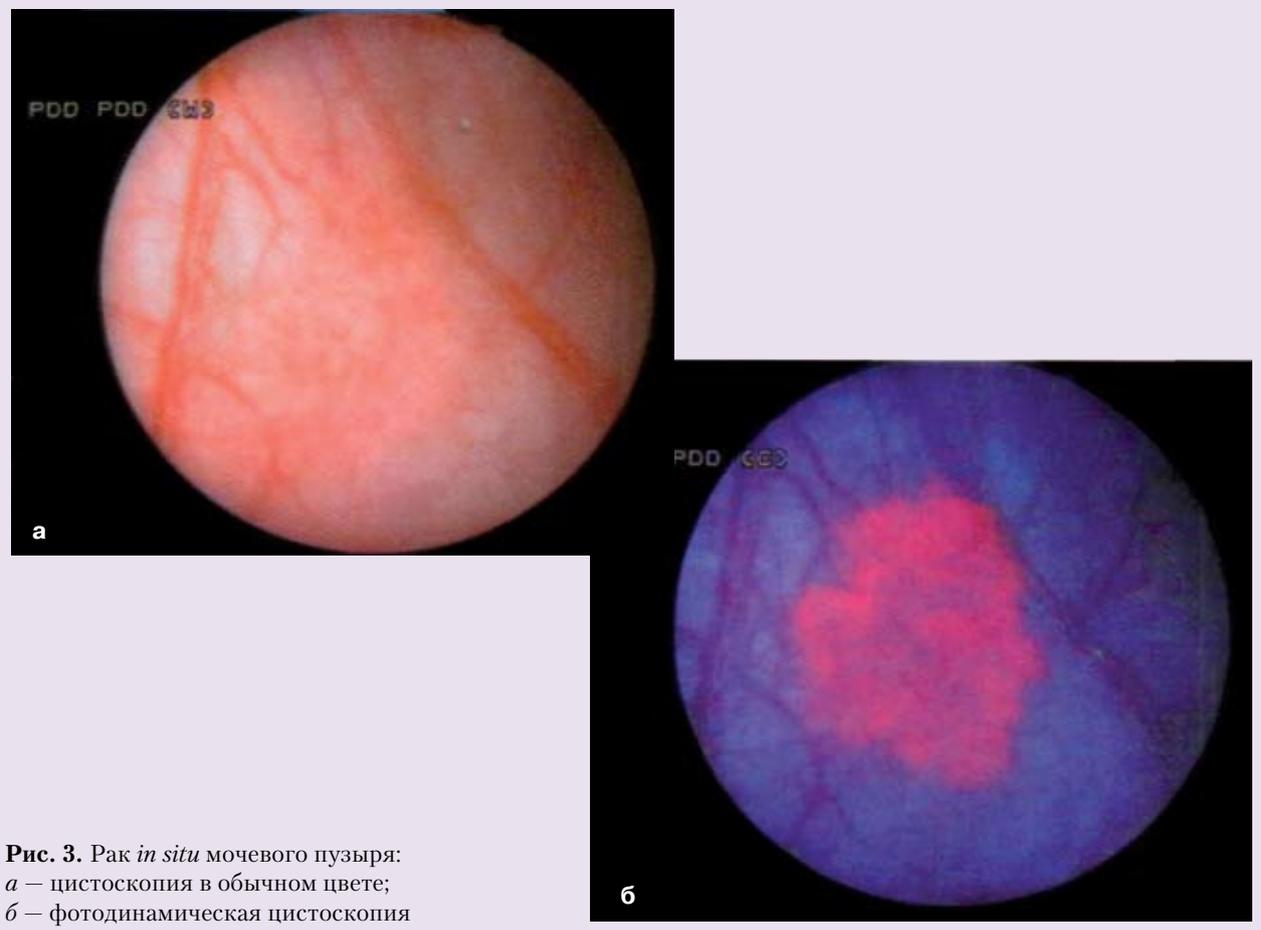


Рис. 3. Рак *in situ* мочевого пузыря:
 а – цистоскопия в обычном цвете;
 б – фотодинамическая цистоскопия

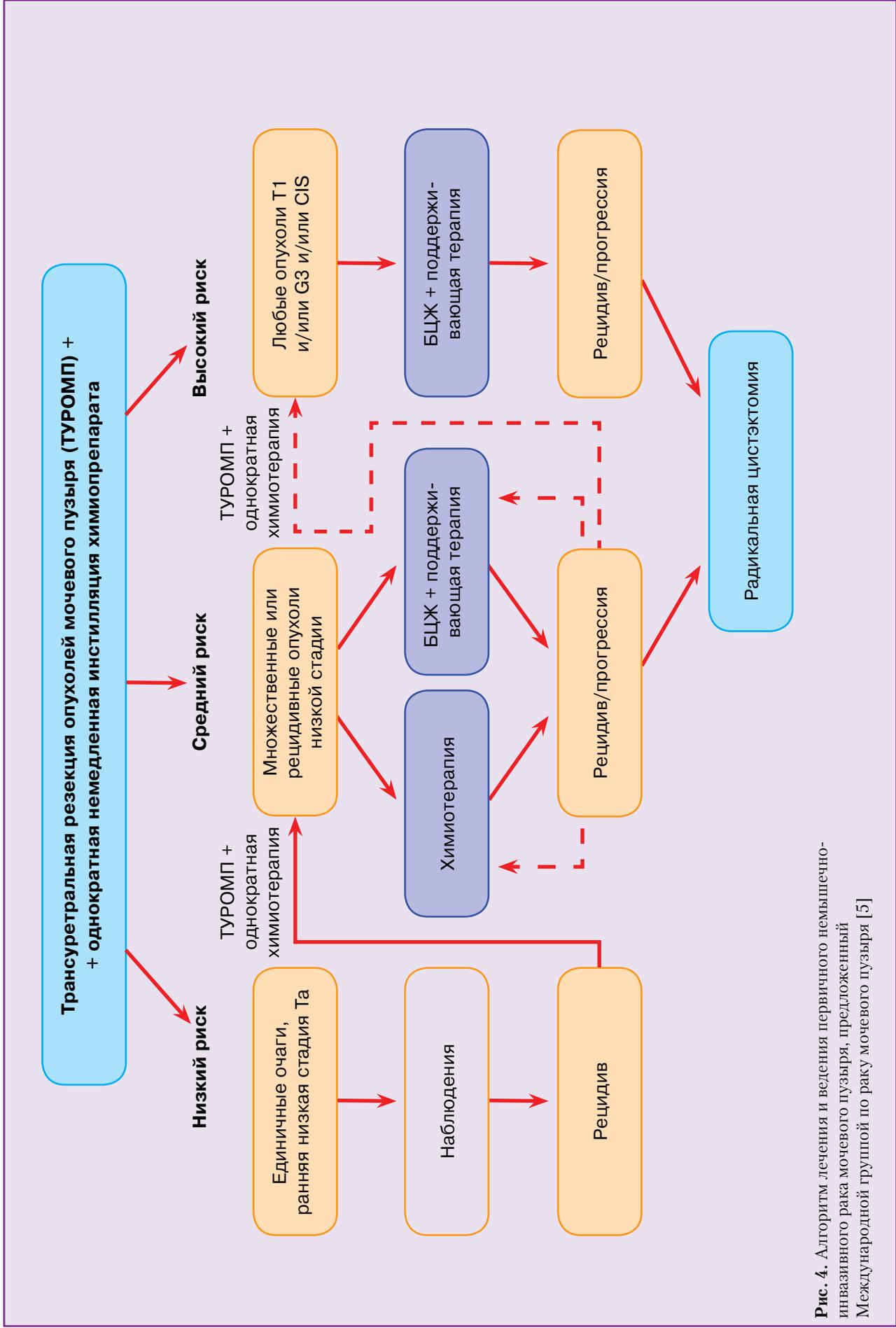


Рис. 4. Алгоритм лечения и ведения первичного немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, предложенный Международной группой по раку мочевого пузыря [5]